FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1881 | N° 126

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 mars 1881

PAR

ÉMILE MALON

Né à Saint-Georges de Rouelley (Manche), le 28 juillet 1855

DES LIPOMES DE LA LANGUE

Président : M. GOSSELIN, *professeur.*
Juges : MM. RICHET, *professeur.*
LEGROUX, HUMBERT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE ADOLPHE REIFF

9, place du Collége de France, 9

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SEE. LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladiedes enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermathologie	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GAY	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOUILLY	GRANCHER	MARCHAND	REMY
BUDIN	HALLOPEAU	MONOD	RENDU
BOURGOIN	HANRIOT	OLLIVIER	RICHELOT
CADIAT	HENNINGER	PEYROT	RICHET
CHANTREUIL	HUMBERT	PINARD	STRAUS
DEBOVE	JOFFROY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	LANDOUZY	RAYMOND	TROISIER
FARABEUF	DELANESSAN		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires

Cours clinique	des maladies de la peau	MM. N...
—	des maladies des enfants	N...
—	d'ophthalmologie	N...
—	des maladies des voies urinaires	N...
Chefs des travaux anatomiques		FARABEUF

Secrétaire de la Faculté A. PINET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leursauteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON COUSIN M. LAUMONDAYS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
M. GOSSELIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOPITAL DE
LA CHARITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, OFFICIER DE
LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

A M. A. OLLIVIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX, ETC.

A M. TILLAUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

LES LIPOMES DE LA LANGUE

INTRODUCTION

En suivant le service de M. le professeur Gosselin nous avons vu notre savant maître opérer un malade atteint d'un lipôme de la langue.

Etonné du siège de cette tumeur que nous n'avions jamais rencontrée sur cette organe, nous avons eu l'idée de rassembler les cas analogues pour en faire le sujet de notre trvail inaugural.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré, n'ont fait que nous convaincre de l'excessive rareté de cette affection et de la difficulté souvent trés grande du diagnostic. Néanmoins, sur les conseils de M. Guelliot, interne du service, que nous remercions vivement de son obligeance, nous avons entrepris ce travail que nous livrons aujourd'hui à l'appréciation et à la bienveillance de nos juges.

Des lipomes buccaux.

On peut dire que l'on a observé des lipômes dans presque toutes les régions du corps. Si le panicule sous-cutané en est, sans contredit, le lieu d'élection, ils peuvent se développer aussi, beaucoup plus rarement il est vrai, dans le tissu sous-muqueux.

Et, parmi les lipômes sous-muqueux, les plus fréquents, les mieux étudiés, sont ceux qui font saillie dans la cavité buccale (1).

Les différentes parois de la bouche peuvent en être le siège. On en a vu :

Aux *gencives* (Thomas et Cornil).

Aux *lèvres* (Demarquay, Auvert, Dolbeau, Pajet, Follin).

A la *joue*. (Velpeau et Gouroud, Robert, Chassaignac, Dolbeau). Sur ces derniers, et à propos d'une observation de Demarquay (2), Dolbeau avait émis cette opinion que les lipômes dit sous ou intra-parotidiens sont toujours primitivement sous-muqueux, et que, en conséquence, on doit les attaquer par l'intérieur de la bouche. C'est là, ce nous semble une

---

(1) Voyez sur les Lipômes, la Thèse de *Labat* (Des lipômes buccaux, Paris, 1874), qui résume assez complétement les faits publiées jusqu'à cette époque.

(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 1873, p. 102.

hypothèse un peu gratuite. « Ces tumeurs, dit M. Tillaux (1), se développent aux dépens des deux couches de tissu adipeux qui existent sous la région ; ils sont donc : les uns sous-cutanés et sus-aponévrotiques ; les autres sous-aponévrotiques. C'est à tort que l'on désigne ces derniers sous le nom de *sous-muqueux*, car ils ne siègent jamais directement sous la muqueuse, mais bien à la face externe du muscle buccinateur ; la cause de l'erreur vient de ce que, bridés en dehors par l'aponévrose ces derniers font saillie dans la bouche plutôt que sous la peau. »

Mais c'est la paroi inférieure de la cavité buccale, c'est la région de la langue qui semble avoir le privilège de ces sortes de production. Plusieurs fois, en effet, on a vu se développer sous la muqueuse du plancher de la bouche, au voisinage du frein de la langue, des tumeurs offrant une grande analogie avec les collections liquides spéciales à la région, les grenouillettes sublinguales ; et il faut bien le dire, dans presque tous les cas, il y a eu erreur de diagnostic et on a fait inutilement une ponction avec le bistouri. En voyant quelques globules graisseux faire hernie entre les lèvres de la plaie, le chirurgien a vu qu'il avait affaire à tout autre chose qu'à un kyste indépendant du canal de Warton ou d'une glande sublin-

---

(1) Traité d'anatomie topographique, 1875, p. 318.

guale, et a pu procéder à l'enlèvement de la tumeur. Ces faits ont été étudiés avec soin par Dolbeau, et un de ses élèves, M. de Laudeta, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1).

« Les symptômes éprouvés par les malades n'ont présenté rien qui nous semble spécial à ces tumeurs indolentes dans les deux cas où l'observation est détaillée ; elles produisent surtout des phénomènes de compression, troublant les fonctions de la langue, et les malades vinnent alors réclamer les secours de l'art. Il en est de même de leur marche, remarquable par la lenteur avec laquelle elle s'exécute. » (De Landeta).

Ces *grenouillettes graisseuses* auraient deux caractères distinctifs principaux : une mollesse toute spéciale, différente de l'élasticité des tumeurs liquides, et une teinte jaunâtre assez souvent observée. Ce sont là à peu près les seuls caractères qui permettent de les distinguer des grenouillettes vraies dont elles se rapprochent par leur indolence, la lenteur de leur marche, leur fluctuation. On a vu se développer aussi dans cette région des *kystes dermoïdes* ayant une grande analogie avec les tumeurs que nous venons de citer et dont le diagnostic peut être fort

(1) *De Lamdeta, Reflexions sur quelques tumeurs sublinguales,* Thèse de Paris, 1863.

difficile. Comme signe pathognomonique, on a donné la possibilité de produire une empreinte par la pression du doigt. Si nous voulions faire ici l'histoire des lipômes sous-linguaux, nous aurions encore à faire leur diagnostic avec d'autres variétés de tumeurs, en particulier avec les *grénouillettes sanguines* (Dolbeau), qui s'en distinguent facilement par leur origine congénitale, l'aspect violacé de la muqueuse, leur réductibilité, leur augmentation de volume par les cris, les efforts, etc. Nous renvoyons pour plus de détails, le lecteur à la thèse que nous venons de citer, et à la discussion que provoqua, à la Société de chirurgie, en 1873, une observation de ce genre envoyée par le Dr Worms (1).

---

(1) Nous nous contenterons de donner l'indication des onze cas que nous avons pu réunir :

1. *Dupuytren,* (Leçons orales de clinique chirurgicale, 1833, III, p. 327). Tumeur fluctuante du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne grenouillette du lipôme ? — Diagnostic après ponction.

2. *Marjolin,* (Cruveillier, anat. path. III, 312) Tumeur sublingnale prise pour une grenouillette et incisée, puis énucléée.

3. *Liston,* (The practical surgery, 1846, p. 292). Incision et énucléation.

4. *Dolbeau,* (Thèse de Landeta, p. 17). Lipôme sublingnal recidivé — Diagnostic : Kyste dermoïde — Enucléation après incision.

5. et 6. *Dolbeau,* (Cité par Labat).

7. *Musée de Middlessex Hospital,* (cité par Pajet et Clarke). Lipôme sublingnal pris pour une grenouillette

8 *Churchill,* (Pathol. Trous. vol. XXIII, 1872, p. 234). Tumeur graisseuse simulant une grenouillette chez un vieillard de 86 ans.

Nous croyons que les néoplasmes appartiennent beaucoup plus au plancher de la bouche qu'à la langue et nous les laisserons complètement de coté dans l'étude que nous allons faire des lipômes de cet organe.

---

9. *Pollock*, (cité par Churchill). Lipôme entourant le muscle mylo-hyoïdien.

10. *Waren-Tay*, (Pathol. Trans. tome XXII, 1871, p. 258). Masses graisseuses sous la langue, ayant donné à l'analyse chimique :

Suc	26 parties
Matière grasse soluble dans l'éther . .	66,5
Matière organique, surtout sels de chaux	2,1
Résidu, epithelium, etc	5,4
total	100

11. *Worms*, Gazette des Hopitaux, 1873, p. 540) Tumeur de la grosseur d'un œuf prise pour une grenouillette. Ponction, énucléation. — Rapport de Després.

DES LIPOMES DE LA LANGUE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les tumeurs adipeuses ne se développent pas seulement sous la langue, elles peuvent aussi se montrer dans l'épaisseur même de cette organe, ou sous la muqueuse de la face supérieure. Ce sont là les véritables *lipômes de la langue*, les seuls que nous ayons en vue ici, et sur l'histoire desquels la plupart des auteurs sont absolument muets.

C'est en cherchant des observations analogues a celle du malade de M. le professeur Gosselin que nous nous sommes convaincus de la rareté du fait et de l'absence presque complète de documents pouvant aider à un diagnostic souvent difficile à établir.

Nous allons passer rapidement en revue les opinions des auteurs sur ce point.

Louis, dans son *mémoire physiologique* et *pathologique sur la langue* (1) parle bien de mamelons glanduleux à base étroite, en forme de champignons qu'il a rencontrés sur la langue. Il en cite un exemple chez un jeune homme de 18 ans et il fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur cancéreuse (2); mais l'absence de renseignements sur la composition de la tumeur ne nous permet pas de la ranger parmi les lipômes linguaux dont elle se rapproche sous plusieurs points. Peut-être ne s'agit-il là que de ces papillômes sur lesquels nous aurons à revenir dans le cours de ce travail. *Jourdain* (3) ne fait aucune allusion à cette variété de néoplasmes.

Maisonneuve (4) leur consacre un paragraphe de sa thèse de concours; mais il n'en cite aucun exem-

---

(1) *Mémoires de l'acad. de chirurgie*, 1774, in-12, t. XIV, p. 364.

(2) ..... Ce bouton contre nature n'était pas fongueux, j'en liai la base avec un fil ciré dont l'anse me servit à diminuer le diamètre du pédicule, et les bouts à contenir la langue. D'un seul coup de ciseaux courbés sur le plat, j'emportai le tubercule en question. Je posai la pierre infernale sur la base de cette fongosité, et le malade fut parfaitement guéri en cinq ou six jours (Louis).

(3) *Traité des maladies de la bouche*, Paris, 1878, 2 vol.

(4) *Des tumeurs de la langue*, Thèse de concours de clinique chirurgicale, 1848, p. 105.

ple; on voit qu'il décrit, non ce qui est, mais ce qui pourrait être, et les quelques lignes qu'il écrit à ce sujet peuvent tout aussi bien s'appliquer aux lipômes sous-cutanés. Il dit simplement que le tissu graisseux étant plus abondant en arriére et en bas, c'est là que ces tumeurs peuvent plus facilement se développer. Mais, de la lecture des observations, il ressort au contraire que c'est la pointe de la langue qui en est le siège d'élection.

Les auteurs du *compendium* (1) donnent comme unique l'observation de Bastien, la seule connue en effet, à cette époque.

Liston (2) parle de tumeurs de la langue à consistance graisseuse, n'exigeant d'intervention qu'à cause de leur volume et de leur siège. Il dit en avoir enlevé de grosse dimentions; mais il enveloppe dans la même description les lipômes sublinguaux et ceux de la langue.

Lebert (3) n'a pas vu de lipômes linguaux; il ne parle que de deux pièces déposées dans des musées d'Angleterre.

Dans son traité des tumeurs, *Broca* (4) ne cite

(1) *Compendium de chirurgie*, t. III, p. 713.
(2) *The practical Surgery*, 1846, p. 292.
(3) *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 125.
(4) *Traité des tumeurs*, t. II, 1869, p. 375.

non plus aucun cas nouveau, et *Virchow* (1) dit simplement que des lipômes ont été observés dans l'épaisseur des muscles, en particulier dans la langue et les parois du cœur.

Otto Weber (2), après avoir remarqué que les tumeurs bénignes de la langue, autres que les kystes, sont rares, mentionne les lipômes, remarquables par la lenteur de leur développement, et la facilité de leur inucliation.

Pour *Holmes* (3) ce sont de véritables curiosités pathologiques.

Paget (4), ne fait que signaler deux cas observés par d'autres.

Clarke (5) dans son *traité des maladies de la langue*, ajoute aux deux observations citées par Paget un cas de Churchil, mais il s'agit d'une grenouillette graisseuse.

M. *Bouisson* (6), le premier, en ajoutant à trois cas publiés par différents auteurs une observation qui lui est propre, essaye d'en donner une descrip-

---

(1) *Pathologie des tumeurs*, trad. franç., 1867, t. I, p. 369.

(2) *Pitha et Billroth, Handbuch der chirurgie*, band III, Abth, I, p. 328.

(3) *A system of Surgery*, 1869, vol. I, p. 519.

(4) *Lectures on surgical Pathology*, 4e Ed. 1871. p. 45.

(5) *Fairlie Clarke. — A treatise on the diseases of the tongue.* 1873, p. 212.

(6) *Diction. Encyclop.* 2me série, t. I, p. 399.

tion didactique. Ce sont ces quatres cas qui font également la base de l'article de M. *Duplay* (1).

Enfin nous avons déjà eu l'occasion de citer la thèse de *Labat* (2), qui, envisageant la question sous un point de vue plus général, a réuni un assez grand nombre d'observation de lipômes buccaux.

On voit que la littérature médicale est assez pauvre de tumeurs graisseuses de la langue. Nous avons donc dû chercher les éléments de ce travail dans les observations publiées jusqu'à ce jour. En parcourant les journaux français et étrangers, nous avons pu en réunir onze cas. Malheureusement, un certain nombre a pour objet des tumeurs complexes, où le tissu graisseux est mélangé à d'autres éléments, et nous allons, dans le cours de cette thèse, donner les raisons qui nous feront classer absolument à part deux de ces cas. C'est donc avec un bagage de neuf observations, dont trois ou quatre seulement ont été prises avec soin, que nous entreprenons de faire l'histoire des lipômes de la langue. Nous aurions peut-être pu en citer un plus grand nombre. Dans les journaux anglais, en particulier, nous avons lu

---

(1) *Follin et Duplay*, *Traité de pathol. externe*, t. IV, p. 791 et 807.

(2) *Thèse de Paris*, 1874.

plusieurs observations de tumeurs bénignes de la langue dont les caractères cliniques étaient en tout semblables à ceux des tumeurs qui nous occupent; mais, les auteurs ayant négligé de les examiner après ablation, nous n'avons pu, en conscience, les ranger permi les lipomes linguaux et en tirer quelque profit pour la détermination des signes cliniques et diagnostiques de ces derniers.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

On sait fort peu de chose sur l'étiologie des lipômes en général, et, pour la langue, en particulier, nous ne pouvons qu'énumérer ces causes banales d'âge ou de sexe, dites causes prédisposantes.

Deux faits seulement ont été observés chez des femmes : encore s'agit-il, dans un cas, d'une tumeur complexe (Masson). Dans plusieurs observations, le sexe n'est pas indiqué.

Les iudividus porteurs de ces tumeurs sont des enfants, des adultes ou des vieillards. Mais, il faut remarquer que les lipômes linguaux ayant un développement extrêmement lent, et ne causant pendant une longue période aucune gène, les malades ne viennent que tard réclamer les secours de l'art pour une affection, dont ils ne peuvent préciser le début. Le vieillard de Follin portait sa tumeur depuis au

moins 22 ans; le malade de l'observation VIII, âgé de 48 ans, connaissait la sienne depuis 25 ans. Somme toute, c'est dans l'adolescence ou l'âge adulte que paraissent se développer le plus souvent ces sortes de tumeurs. Nous avons trouvé quatre cas de lipômes *Congénitaux;* mais aucun d'eux n'est un exemple de lipôme franc (obs. IV, V, VI et VII). C'est un point sur lequel nous aurons à revenir plus tard.

Essayons de pénétrer un peu plus en avant dans l'étude de la pathogénie de ces néoplasmes. On sait que les lipômes se développent de préférence dans les régions riches en tissu adipeux, comme le cou ou les fesses. Ils sont exceptionnels, au contraire, au extrémités, dans les muscles, dans les os : Or la langue est un des organes les moins riches en tissu graisseux, et c'est précisément dans les points où ce tissu fait absolument défaut que se produit la tumeur. Adhérente aux tissus profonds, la muqueuse ne recouvre des éléments adipeux en quantité notable que vers la base de la langue, en arrière du V lingual et surtout au voisinage de l'épiglotte. Nous verrons que ce développement d'un lipôme en ce point est tout-à-fait exceptionnel, quoiqu'en dise Maisonneuve dont l'opinion, du reste, ne s'appuie sur aucun fait.

Au niveau de la partie antérieure du bord de l'organe, le tissu sous-muqueux n'existe pas à propre-

ment parler : là, des fibres musculaires nombreuses, appartenant surtout au stylo-glosse, au lingual supérieur, au génio-glosse et à ce qu'on décrit sous le nom de transverse de la langue, viennent se fixer à la face profonde de la muqueuse qui présente, comme sur les deux tiers de la face supérieure, une résistance remarquable. Formé de fibres conjonctives et élastiques, le chorion est si résistant dans toute cette région que Gerdy et Cruveilhier le comparent à un fibro-cartilage, à une sorte de squelette externe, et que Zaglas le décrit comme une membrane distincte, un *fascia linguæ*.

Comment adapter ces données d'anatomie à l'étiologie des tumeurs qui nous occupent? Remarquons que c'est ordinairement à un ou deux centimètres du sillon médian, et sur le bord de la langue que se montre le lipôme; remarquons en outre que son développement se fait toujours en haut, en empiétant sur la face supérieure. A ce niveau on trouve la glande de Blandin, situé entre les fibres du lingual inférieur, mais faisant saillie sur la face inférieure de l'organe : aussi croyons-nous qu'il n'y a aucun rapport entre cette glande et le lipôme lingual. Dans une des observations que nous avons rassemblées, il est même noté que la glande de Nühn faisait une saillie visible à sa place accoutumée, et que, en conséquence, le néoplasme qu'on avait devant les yeux

ni pouvait être, comme on y avait songé d'abord, un kyste développé à ses dépens.

Il est peu vraisemblable que les rares cellules adipeuses qu'on trouves dans l'épaisseur de la muqueuse, au voisinage de sa face profonde, soient le point de départ de la tumeur : les éléments graisseux y sont si peu abondants qu'il faudrait presque, si on admettait cette origine, regarder les tumeurs comme des exemples de lipômes héteroplasiques.

Il nous semble qu'on peut expliquer d'une façon plus rationnelle leur mode de développement. De chaque côté du septum médian, en dehors des génio-glosses, entre les différents faisceaux des muscles qui par leur intrication; constituent le parenchyme lingual, existent des amas de cellules graisseuses, plus ou moins volumineux, développés surtout dans ce qu'on appelé le *noyau lingual.* Supposons une hyperplasie de ces amas adipeux, absolument comme cela peut avoir lieu pour la boule graisseuse de Bichat, que va-t-il se passer ? La langue étant sans cesse en mouvement pour accomplir ses fontions si variées de phonation, de mastication, de deglutition, les muscles se contractent; leurs faisceaux pressent cette petite masse qui les sépare, et l'énucléent plus ou moins complétement.

Nous ne pouvions mieux comparer ce mécanisme qu'à ce qui se passe pour certains myômes utérins, où,

sous l'influences des contractions musculaires, la tumeur s'énuclée, se pédiculise et passe à l'état de polype. Nous trouvons une confirmation de notre manière de voir dans l'observation II, où il est dit que le lipôme s'etait développé primitivement dans l'épaisseur de la langue, dont les fibres longitudinales l'accompagnaient dans un tiers de sa hauteur. Follin pense que, en s'accroissant, le néoplasme a écarté les fibres musculaires, et s'est peu à peu pédiculisé en refondant la muqueuse. Et, dans un cas où le lipôme paraissait absolument sous-muqueux, l'examen microscopique a montré à l'interne, M. Guelliot, l'existence de quelques fibres musculaires entraînées pour ainsi dire par la production graisseuse.

Mais pourquoi le voisinage de la pointe de la langue est-il le lieu d'élection du lipòme? Nous en proposons deux explications. D'abord, le lipòme étant primitivement inter ou intra-musculaire, est chassé par la contraction des fibres vers le point qui offre le moins de résistance, celui où il peut arriver en traversant le moins de tissu, et qui est précisément la pointe de l'organe. On pourrait peut-être faire de plus jouer un certain rôle aux irritations multiples, morsures, brûlures auxquelles l'extrémité antérieure de la langue est exposée. L'influence du tramma-tisme sur la production du lipòme a été admise par un certain nombre d'auteurs, et Cruveillier pense

que, dans bon nombre de cas, ces tumeurs reconnaissent pour cause une contusion ou une pression modérée, mais habituelle : les exemples de ce genre ne sont pas absolument rares. Le malade de l'observation VIII, avait depuis fort longtemps des dents cariées et cassées du côté où s'est montrée la tumeur. L'irritation prolongée ne pourrait-elle pas être invoquée, dans ce cas, selon la théorie du *locus minoris resistentiœ* ?

En terminant ce chapitre d'étiologie, nous ferons remarquer que dans ces exemples de diathèse lipômateuse où on a pu compter sur le corps d'un individu des centaines, et même des milliers de lipômes, (Broca), il n'en existait pas dans la langue.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nombre, Siège, Volume. — Le plus souvent uniques (9 fois), les lipômes linguaux peuvent être multiples. Dans le cas de Mason, il en existait trois à différents degrés de développement, et M. Mollière dit que, outre la tumeur enlevée à la pointe de la langue, il en restait plusieurs, de petit volume, à la base de l'organe.

Au point de vue du *Siège*, on pourrait les diviser en deux groupes :

a. Lipômes profonds ou intra-musculaires.

b. Lipômes superficiels ou sous-muqueux.

Nous avons déjà fait remarquer ce que cette division a d'artificiel, un lipôme intra-musculaire pouvant à la longue écarter les fibres contractiles de la langue, et apparaître sous la muqueuse. Et il faut bien admettre que, au moins dans un bon nombre de cas, les tumeurs ont une première période, entière-

ment larvée, pendant laquelle ils sont profonds, parenchymateux, et ne donnent lieu à aucun symptôme fonctionnel ou physique; de sorte que leur histoire clinique ne commence, en somme, que quand ils sont sous-muqueux.

Voici à peu près la seule observation que l'on puisse rapporter à ces lipômes profonds, encore l'absence complète de détails nous empêche-t-elle de rien conclure d'une observation aussi écourtée.

Observation I. — *Lipôme profond de la langue*, (A. Cooper).

Pajet et Clarke (*loc. cit.*) disent qu'il existe au musée du collège des chirurgiens de Londres, sous le nº 1065, une pièce déposée par A. Cooper et représentant un lipôme profond de la langue. Nous n'avons pu trouver aucun renseignements sur cette pièce, ni dans les œuvres du chirurgien anglais, ni dans le catalogue du musée où elle se trouve (1).

Dans deux autres observations, le lipôme était en partie intra-musculaire et en partie sous-muqueux, ce qui vient bien à l'appui de notre manière de voir sur son mode de développement.

Observation II. — Lipôme volumineux de la langue, enlevé par la galvanocaustique (Follin) (2) — Résumé.

Un viellard entre à Cochin pour un phlegmon diffus du

(1) *Catalogue of the museum of the royal Collège of Surgeons*, 1831, 5, in 4º.

(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1866 p. 94, et *Bulletin de la Société Anatomique,* 1866 p. 88.

dos de la main, on s'apperçoit qu'il parle difficilement, comme s'il avait de aliments dans la bouche.

La langue est projetée en avant; sur sa partie latérale gauche, et un peu en arrière de la pointe, il existe une grosse tumeur, du volume d'un œuf, insérée par un large pédicule; cette tumeur est jaune, molle, lobulée, ressemblant à un lipôme à droite, tandis quelle est grisâtre, un peu dure, légèrement ulcérée sur une étendue de 1 centimètre au niveau de dents aigues, à gauche.

Le malade, peu intelligent, indique mal le début de sa tumeur ; elle daterait au moins de 22 ans et aurait donné lieu, pendant, les six premiers années à des hémorrhagies. Comme troubles fonctionnels, le malade accuse de la gêne de la parole et de la mastication.

En présence de l'âge avancée de ce Vieillard et de l'existence de gros vaisseaux veineux pénétrant par le pedicule, Follin choisit un procedé d'extraction qui évitera l'hémorrhagie. Il coupe le pédicule avec l'anse de platine d'un serre-nœud mise en communication avec une pile. L'opération dure à peine une minute; pas de douleur, peu d'hémorrhagie (à peine une petite cuillerée le sang).

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit bien d'un *lipôme à cloisons fibreuses épaisses*, surtout au niveau du point ulcèré où la muqueuse est épaissie. *Il s'est dévéloppé dans la langue dont les fibres longitudinales l'accompagnent dans un tiers de sa hauteur*. Follin suppose que, en augmentant de volume, le neoplasme a écarté les fibres musculaires et s'est peu à peu pédiculisé en repoussant la muqueuse.

Observation III. — *Lipôme profond de la langue*, (Laroyenne (1)

Il s'agit d'un homme de 40 ans portant à la pointe de la langue, à gauche de la ligne médiane, une tumeur du vo-

(1) *Gazette Med. de Lyon*, t. XIX, 1867, p. 284.

lume d'une noisette et proéminant sur les deux faces. La consistance est ferme; des papilles hypertrophiées entourent le néoplasme; mais il y avait eu auparavant des cautérisations au nitrate d'argent et à l'acide acétique. La tumeur ne daterait que d'un an : elle s'est accrue lentement, sans douleur ni retentissement ganglionnaire.

On fait une incision en V, on énuclée et on réunit par trois points de suture. L'examen à l'œil nu et au microscope démontra que l'on avait affaire à une *tumeur fibro graisseuse développée dans l'épaisseur même des muscles de la langue.* M. Laroyenne en présentant ce fait à la Société des Sciences médicales de Lyon insiste sur la rareté du lipôme de la langue dont il ne connait que l'observation de Laugier.

Le plus souvent, lorsque le chirurgien vient à examiner la tumeur, elle est sous la muqueuse linguale qu'elle soulève plus ou moins, et, chose remarquable, c'est presque toujours la pointe de la langue qui est le siège.

Si nous mettons de côté les cas de Lambl et d'Arnold, nous voyons ue dans une seule observation, celle d'Iversen, la tumeur siégeait à la base : elle prenait son point d'implantation dans la fosse glosso-épiglottique droite. Dans deux autres, ou des lipômes de la base sont signalés, il en existait en même temps à la pointe. C'est ainsi que le malade de Mason portait trois tumeurs, l'une, la plus développée, sur le bord gauche, près de la pointe, une autre, assez volumineuse, vers la partie moyenne de la face dorsale de la langue, et enfin une petite à droite du sillon mé-

dian. M. Molière (Ob. XI), a enlevé un lipôme de la pointe de la langue chez un vieillard qui avait d'autres tumeurs analogues, mais très petites vers la base de l'organe. Dans les autres cas, c'est sur le bord de la langue, au voisinage de la pointe, à un ou deux centimètres en dehors du sillon médian, et un peu plus souvent à gauche qu'à droite qu'on a observé ce genre de tumeur. Quant à la cause de cette disposition, nous avons cherché, en étudiant l'étiologie, à en do ner une raison plausible; nous n'avons donc pas à y revenir ici.

Le *volume* de la tumeur est assez variable; mais l'adipôme lingual ne peut jamais atteindre ces dimensions montrueuses qu'acquièrent certains lipômes sous-cutanés. Pour peu, en effet, qu'il fasse une saillie un peu considérable, il produit des symptômes fonctionnels, qui obligent le malade à réclamer une intervention chirurgicale. M. Molière en a enlevé un de la grosseur d'un haricot; mais, le plus souvent, la tumeur a la grosseur d'une noix, d'un œuf de pigeon, et même d'un œuf de poule (Follin).

C'est de ce volume que dépend la *forme*. Les petites tumeurs sont sessiles ; celles qui sont plus grosses tiraillent la muqueuse et tendent à se pédiculiser. Virchow fait remarquer que les *polypes lipômateux* se montrent sur tout dans les points où le ligument est relativement tendu et peu mobile, de

sorte que la masse, ne pouvant s'infiltrer sous la peau ou la muqueuse en la décollant, l'amincit en la distendant et finit par se pédiculiser.

Or, la muqueuse linguale présente au plus haut degré cette disposition, et, pour peu que la tumeur soit un peu volumineuse, on voit sa base se rétrécir, et le pédicule se former (Ob. II, IV, VIII, IX). Dans le dessin qui accompagne l'observation de Mason, on voit que le pédicule était très long et très mince, ce qui faisait ressembler la tumeur à un moluscum pendulum.

Structure et Variétés.

Lorsque la tumeur est enlevée, elle présente des caractères qui font immédiatement reconnaître un lipôme, et en particulier ces lobulles jaunes, graisseux, faisant saillie lorsqu'on pratique une coupe.

La muqueuse qui la recouvre est amincie, tendue, lisse, sans papilles dans la plus grande partie de son étendue. Dans quelques cas, on a signalé une hypertrophie de ces papilles au pourtour de la tumeur, près de la base, comme dans les observations III et V; mais il faut noter que, dans la première, il y avait eu irritation de la muqueuse par suite d'attouchements répétés avec le nitrate d'argent, et l'acide acétique. Celle de Bastien est beaucoup plus explicite. La mu-

queuse, y est-il dit, est lisse, polie, tendue, d'un blanc jaunâtre, saus papilles, avec un fin plexus vasculaire; mais, à la base de la tumeur, les papilles sont considérablement hypertrophiées. Quelques-unes volumineuses, arrondies, grosses comme un grain de millet, représentent l'aspect d'une éruption varioliforme; des vaisseaux s'y terminent en pinceaux, et un point ecchymotique occupe leur sommet.

La masse de la production a un aspect et une structure qui diffère avec la variété à laquelle on a affaire. On peut, en effet, diviser les lipômes de la langue, au point de vue anatomo-pathologique, en deux grandes classes : les lipômes purs et les lipômes composés, ceux-ci comprenant eux-mêmes plusieurs variétés; enfin nous étudierons, sous le nom de lipômes dermoïdes, deux cas insolites de tumeurs linguale, dûs à Lambl et à Arnold.

Division des lipômes de la langue :

1° Lipômes purs

2° Lipômes composés
- *a.* fibreux
- *b.* myxomateux
- c. cartitaguneux
- *d.* osseux

3° Lipômes dermoïdes.

1° *Lipômes purs.* — Encore appelés lipômes *vrais*, lipômes *francs*, ils sont essentiellement composés de graisse, les autres éléments, et en particu-

lier le tissu conjonctif n'étant là qu'à titre accessoire, et pour servir de soutien au tissu adipeux.

Nous avons cinq observations qui peuvent être rangées dans cette catégorie. Encore n'avons nous aucun renseignement sur la tumeur de l'observation VII. M. Mollière et M. Bouisson, se contentent de dire que l'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un lipôme (Obs. XI et X). L'analyse que le Constatt's donne du cas d'Iversen n'est pas plus explicite. Nous allons donner les caractère de cette variété surtout d'après l'examen que M. Guelliot a fait de la tumeur enlevée par le Professeur Gosselin.

La production graisseuse est séparée des parties avoisinantes par une capsule fibreuse, mince, envoyant des prolongements très fins entre les lobules adipeux. Il résulte de cette disposition que l'on peut assez facilement détacher la muqueuse, à peu près à la façon de la capsule du rein. Cette membrane très mince est, comme nous l'avons déjà dit, à peu près lisse.

La tumeur proprement dite, est constituée par une graisse d'un jaune paille, presque fluide au moment de l'extirpation, devenant plus constante au contact de l'air. Les cloisons interlobulaires contiennent de rares vaisseaux très-déliés.

L'examen microscopique montre un tissu graisseux presque pur, dont les globules sont devenus polyé-

driques par pression réciproque. L'élément papillaire de la muqueuse est atrophié; les vaisseaux y sont rares et petits. Quant aux nerfs, ils n'ont pas été étudiés : il eut été intéressant, dans cette observation où il y avait abolition de la sensibilité de constater l'état des ramifications nerveuses.

Notons que dans ce cas, où le lipôme était absolument sous-muqueux, le microscope montrait cependant l'existence sous la muqueuse, de quelques fibres musculaires refoulées et dissociées par le tissu morbide, ce qui vient à l'appui de l'opinion que nous exprimions tout-à-lheure, à savoir que tous les lipômes de la langue sont d'abord intermusculaires.

2o *Lipômes composés.* — Souvent la tumeur est plus complexe, et au tissu adipeux viennent s'ajouter d'autres tissus en proportion plus ou moins considérable : c'est ce que l'on peut appeler un lipôme composé.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple, dans cette région de *lipôme télangiectasique on érectile* (1). Cependant les angiômes n'y sont pas très rares (2), et le tissu caverneux peut y être accompagné d'autres éléments. Wagstoffe a cité un beau cas de papillôme

(1) *Gosselin,* Bul. soc. anat. 1842.

(2) *Oct. Faucher,* Des tumeurs érectiles de la langue, Thèse de Paris, 1862.

lingual, creusé d'espaces sanguins, et enlevé par la galvanocaustique sur un enfant de trois ans. Il ne serait donc pas impossible que l'on trouvât un jour un exemple de lipôme érectile de cette région.

A. Le *lipôme fibreux* est celui qui se rapproche le plus du lipôme franc. Que l'enveloppe celluleuse, normale dans ces sortes de tumeurs, s'hypertrophie, que les cloisons qui séparent les lobules se développent aux dépens du tissu adipeux, et il se formera une tumeur mixte, ce que Cruveilhier appelait un *adipo-fibrôme*. Dans le cas de Follin, il est dit que le lipôme présentait des cloisons fibreuses épaisses, surtout en un point où sur le vivant, on avait constaté une dureté plus considérable. Dans celui de Laroyenne, la consistance était ferme, et le microscope montra que l'on avait affaire à tumeur fibro-graisseuse.

B. La tumeur enlevée par Mason nous semble faire partie du groupe des *lipômes myxomateux* (lipôme colloïde ou gelatineux de Glüge), dans lesquels on trouve du tissu muqueux entre les vésicules adipeuses. Voici du reste la traduction de cette observation intéressante.

Observation IV. — *Tumeur congenitale de la langue chez une malade âgée de vingt-sept ans.* — (*Mason*) (1).

---

(1) *The Lancet, 1863, et Trans. of the pathol. of London* Vol. XV, 1864., p. 210.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de vingt-sept ans qui vint réclamer mes soins, au King's College Hospital, au mois d'août dernier.

Au moment de sa naissance, on s'aperçut qu'elle portait trois tumeurs sur la langue. Sa mère fut prévenue que toute opération entrainerait une hémorrhagie fatale, aussi ne voulut-elle faire courir aucun danger de ce genre à sa fille.

Au dire des parents, le volume des tûmeurs n'aurait pas varïé depuis sa naissance, et celles-ci n'auraient subi aucun changement jusqu'au mois précédent, époque à laquelle la tumeur antérieure augmente légèrement : mais elle revint à son volume primitif, après ce gonflement passager qui ne dura que quelques heures.

La malade est d'une bonne santé habituelle et a une constitution robuste. Sur la face supérieure de la langue existent trois tumeurs; la plus petite, de la grosseur d'un pois, la seconde d'un diamètre égal à celui d'un schelling, la plus grosse mesurant deux pouces 1/4 en long, un pouce 1/4 en largeur et un quart de pouce dans le sens antero-postérieur (1). Chaque tumeur est réliée à la langue par un pédicule étroit.

La surface présente une teinte légèrement rosée et un aspect luisant; on aperçoit superficiellement des vaisseaux très-fins. Lisses et fermes au toucher, les tumeurs ne présentent pas de papilles; rien, en un mot, ne rappelle les caractères du tissu de la langue. Quand la langue est projetée hors de la cavité buccale, on aperçoit les tumeurs disposées comme le représente le dessin (2). Quand elle

(1) Environ 65 mm. de long sur 50 mm. large et 6 d'avant en arrière.

(2) Sur ce dessin, on voit que la plus petite des tumeurs est à droite du sillon médian, la moyenne plus en arrière et à gauche, et la plus grosse, longuement pèdiculée, à gauche de la pointe.

rentre dans la bouche, la tumeur antérieure vient se coucher sur sa face supérieure.

Le malade ne peut la faire mouvoir volontairement. La parole est conservée et intelligible; il n'y a pas de trouble de la mastication ni de la déglutition. Craignant un nouvel accroissement de la tumeur antérieure, cette femme demande à en être débarrassée.

Je fais la ligature du pédicule et j'en pratique l'excision. Cette pette opération ne donne lieu à aucune hémorrhagie.

L'examen montre que le néoplasme est formé d'une trame fibro-celluleuse formant un réseau dont une substance gélatineuse, fluide, jaunâtre emplit les mailles. Au microscope, outre un tissu fibro-cellulaire lâche, on reconnaît une grande quantité de cellules nucléées, la plupart de forme sphéroïdale et de nombreux globules graisseux. L'épithelium qui recouvre la tumeur est squameux, sans trace de cils vibratiles.

En terminant son observation, Mason dit qu'il n'a vu mentionné nulle part de fait semblable.

Nous en avons trouvé le complément dans le Tome XVIII des *Trans. of the Pathol. Soc.* (1867, p. 249). Trois ans, en effet, après l'ablation de la première tumeur, Mason en enlevait une seconde qui s'était accrue rapidement. Comme pour la première, il fit une ligature du pédicule et excisa avec des ciseaux. Il est dit simplement que la tumeur était de nature fibro-cellulaire et analogue à celle qui avait été présentée trois ans auparavant à la *Pathological Society*.

La définition anatomique est un peu écourtée

dans cette observation et n'indique pas suffisamment la nature de la production. Aussi M. Bouisson la rapproche-t-il des lipômes de la langue auxquels M. Duplay l'assimile complètement. Elle nous paraît avoir beaucoup d'analogie avec les myxômes, et l'élément graisseux semble même n'y être qu'accessoire, puisqu'il n'est pas signalé dans la seconde tumeur.

Du reste la transition est insensible entre le lipôme et le myxôme. La transformation muqueuse, dit Rindfleisch (1), se présente dans les lipômes et notamment dans les lipômes volumineux et pédiculés de la peau. Leur substance acquiert ainsi une consistance gélatineuse tremblottante, devient incolore et translucide; le liquide qui s'écoule quand on les incise contient de la mucine, de sorte qu'il est impossible de méconnaître leur caractère myxomateux, et, quand la dégénérescence muqueuse est générale, ce n'est plus *lipômes* qu'il faut les appeler, mais *myxômes* (1).

Lücke (2) a rapporté sous le titre de *Tumeur avec dégénerescence hyaline*, une observation assez analogue à celle de Mason. Cette tumeur de la langue

---

(1) *Traité d'anatomie pathologique*. — Trad. franç. 1873, p. 54.

(2) *Virchow's Archiv*. 1866, 39 35, p. 530.

était formée d'un tissu alvéolaire grossier contenant de petites cavités remplies de liquide et de corps hyalins. Les éléments cellulaires, allongés ou ronds et petits, ne contenaient pour la plupart aucun noyau.

C. Nous n'avons pas d'exemple de lipôme à dégénérescence *cartilagineuse*. Cependant O. Weber cite un cas d'enchondrôme présentant des masses graisseuses ; si celles-ci avaient été un peu plus développées, cette observation que nous reproduisons à cause de sa rareté, eût pu, être intitulée *lipôme cartilagineux*.

Observation IV. — Enchondrôme de la langue, avec masses graisseuses (Otto Weber). (1)

J'ai eu l'occasion de voir une tumeur de la langue, remarquable en ceci qu'elle constituait une masse cartilagineuse à peu près ronde, légèrement bombée, avec trois saillies lipomateuses arrondies et parfaitement circonscrites. La malade était une jeune fille de quinze ans chez laquelle la tumeur s'était développée peu à peu depuis huit ans pour atteindre le volume d'une grosse noix.

En présence de ces tumeurs solides, on doit prendre garde à une confusion avec une tumeur gommeuse syphilitique. Elles se laissent du reste facilement énucléer et sont d'un pronostic tout à fait bénin.

C. L'observation de Bastien nous fournit un exemple de lipôme ayant subi la transformation *osseuse*.

---

(1) *Pitha et Billroth, Handbuch der chirurgie*, band III, abth. I, p. 328.

La tumeur était cloisonnée, en effet, par des prolongements fibreux présentant par places des noyaux d'ossification.

Observation V. — Lipôme fibreux de la langue avec noyaux osseux. (Bastien) (1). — Résumé.

Une femme de 25 ans se présente dans le service de Laugier et demande à être débarrassée d'une tumeur paraissant congénitale, occupant le bord droit de la langue, à quelques milimètres de la pointe. Née sous la forme d'un bouton assez dur, cette tumeur s'est accrue insensiblement jusqu'à quinze ans, pour augmenter plus rapidement de quinze à vingt et un ans. Au moment de l'examen, elle a le volume d'un petit œuf de pigeon, faisant à peine relief sur la face inférieure, mais se détachant parfaitement sur la face supérieure. La muqueuse qui la recouvre est lisse, polie, tendue, d'un blanc jaunâtre, sans papilles, avec un fin plexus vasculaire, mais à sa base les papilles sont considérablement hypertrophiées. Quelques-unes, volumineuses, arrondies, grosses comme un grain de millet, présentent l'aspect d'une éruption varioliforme, des vaisseaux s'y terminent en pinceaux et un point ecchymotique occupe leur sommet.

La tumeur est bien circonscrite et glisse sur les parties profondes avec lesquelles elle n'a que des adhérences lâches. La consistance est lipomateuse, comme fluctuante à sa partie centrale, plus élastique, fibreuse en avant et fibro-cartilagineuse en arrière ; sur le bord externe, on trouve un noyau très dur, comme pierreux.

Il n'y a ni douleurs, ni gêne de la mastication ou de la phonation : la seule incommodité, c'est que la tumeur se prend quelquefois entre les arcades alvéolaires.

---

(1) *Bulletin de la société anatomique*, 1854, p. 349.

Laugier, éliminant d'abord les tumeurs malignes, puis les kystes, pense à un lipôme avec dégénérescence cartilagineuse et osseuse. Il fait une incision longitudinale et énuclée le néoplasme : il a fait une réunion immédiate le lendemain.

La pièce enlevée, qui a trois centimètres de diamètre, est entourée d'une membrane fibro-celluleuse, véritable kyste, n'ayant que des adhérences lâches avec les tissus voisins et envoyant par sa face profonde un grand nombre de prolongements dans l'épaisseur de la tumeur. Celle-ci, fendue par son bord interne, est formée de tissu fibreux dans toute sa partie antérieure et au bord interne. Cependant, en avant elle présente un peu du caractère du tissu fibro-cartilagineux. La moitié postérieure est jaunâtre et formée de tissu adipeux, au milieu duquel on rencontre quelques éléments fibreux. C'est là que le doigt du chirurgien éprouvait cette sensation de fausse fluctuation qui lui a permis de diognostiquer un lipôme. Ce noyau graisseux correspond à toute cette partie lisse et jaunâtre de la tumeur qui a été décrite plus haut. Dans les parties environnantes, le tissu fibreux devient plus abondant et la graisse n'y est plus qu'à l'état d'infiltration. Dans l'épaisseur de cette masse adipeuse qu'occupe toute la partie postérieure et externe du fibro-lipôme, on remarque un corps dur que le scalpel ne peut entamer, c'est le tubercule de consistance ostéo-cartilagineuse que l'on sentait en arrière de la tumeur. Cette concrétion osseuse, dont la base très superficielle était sentie sous la muqueuse du bord de la langue, envoie deux prolongements inégaux se terminant en pointe vers le centre du noyau graisseux. En avant de cette concrétion, il en existe une autre plus petite, puis une troisième plus large et moins dure, enfin une quatrième et une cinquième.

Du rapport que MM. Boullard et Rouget furent

chargés de faire sur cette observation, nous extrayons les lignes suivantes :

Çà et là on rencontrait dans l'épaisseur de la tumeur de petits corps durs, à formes irrégulières, ayant tout à fait la consistance de petits os ou de petites dents. L'un d'eux pouvait rappeler assez exactement la forme d'un des osselets de l'oreille, du marteau ; un autre, aminci, à surface brillante, aurait pu être comparé à une petite incisive. Nous les avons soumis à l'examen microscopique, nous avons reconnu que tous ces petits corps étaient formés par du tissu osseux ; mais nous n'avons trouvé nulle part trace d'émail ou d'ivoire, rien en un mot qui eût pu permettre de les comparer à des dents.

MM. Boullard et Rouget pensent, en conséquense, qu'il s'agit plutôt d'une ossification du tissu cellulo-fibreux d'un lipôme que d'un exemple de monstruosité par inclusion. Nous nous rallions à cette opinion en faisant seulement remarquer que, la tumeur étant congénitale, le diagnostic diflérentiel avec un teratôme pouvait se poser. Aussi nous sert-elle de transition pour poser à une dernière classe de tumeurs graisseuses de la langue, les tumeurs dermoïdes lipômateuses.

3° Sous le nom de *tumeurs dermoïdes lipômateuses* ou de *lipômes dermoïdes*, nous désignons des productions congénitales de la langue, dont la graisse forme l'élément prédominant, mais plus ou moins mélangé à d'autres tissus, tandis que la membrane d'en-

veloppe est constituée par un véritable derme, avec follicules pileux, glandes sudoripares, etc. Ce sont là des curiosités tératologiques, qui n'ont qu'un intérêt clinique absolument secondaire, et nous n'en parlons que pour ne pas être incomplet. Nous en avons trouvé deux exemples.

Observation. VI. — Tumeur congénitale composée de la langue (Lambl) (1).

Lambl parle d'un enfant qui avait dans la cavité buccale une tumeur dont l'extrémité antérieure arrondie, répondait à la pointe de la langue, et l'extrémité postérieure cylindrique au voile du palais. L'examen microscopique montra qu'à la surface se trouvait un revêtement dermique complet avec follicules pileux et sébacés, et que sa masse était formé de tissu adipeux, de tissu conjonctif et de vaisseaux.

Observation VII. — Lipôme congénital composé de la langue et du pharynx avec perforation de la base du crâne (Arnold) (2).

(Nous ne donnons qu'un court résumé de cette observation qui occupe une quarantaine de pages des archives de Virchow).

La tumeur recueillie sur un enfant mort d'asphyxie de six jours après sa naissance, avait un volume considérable; attachée à la face supérieure de la langue, elle présentait deux portions distinctes, l'une très-volumineuse, de 15 centimètres de longueur, occupait la bouche et pendait en dehors de la cavité buccale; l'autre penchait à travers la

---

(1) *Beob. und Studien am den Franz-Josef Kinder-Spitale* S. 181, cité par Arnold.

(1) *Archiv für path. anat. u. phys.* v. Virchow, 1870, Bd. 50, S. 482 — 516. Taf. XIV u. XV.

base du crâne et refoulait la dure-mère. La langue était aplatie sur le plancher de la bouche. Cette tumeur était formée dans la moitié de sa masse par du tissu adipeux : on y trouvait en outre des cellules, des cartilages, des fibres musculaires transversales, des glandes en tubes, des artères, des veines et des capillaires. L'enveloppe de la tumeur avait la structure normale de la peau, on y reconnaissait l'épiderme, la couche de Malpighi et le derme et on y voyait des poils fins avec leurs follicules, des glandes sebacées et de rares glandes sudoripares.

Voici comment Arnold résume la structure des différentes parties de cette singulière tumeur.

La tumeur antérieure doit être considérée comme un lipôme contenant des masses cartilagineuses et une agglomération de vaisseaux capillaires, recouvert par une membrane dermoïde ; il faut admettre que, dans son développement, elle a dissocié les couches musculaires de la langue et que, par suite de l'altération des conduits des glandes sublinguales, il s'est produit des formations cavitaires, tubulées et sacciformes qui ont séparé le tissu glandulaire.

Quant à la tumeur pharyngo-nasale, elle doit être considérée comme une tumeur conjonctive, riche en vaisseaux, laquelle contient de plus des cellules graisseuses, des fibres musculaires, des fibres munies de protoplasma, des éléments sarcomateux et des kystes, et qui se trouve recouverte dans sa partie droite par la peau, et dans sa partie gauche par la muqueuse.

Arnold est quelque peu embarrasse pour classer cette tumeur ; dans le doute, il en fait un lipôme conséquemment au précepte : *a potiori fiat denominatio*, et il intitule son observation : « Un cas de lipôme congénital composé de la langue et du pharynx avec perforation de base du crâne. » Pour

nous, il nous semble qu'il s'agit là d'une tumeur embryonnaire complexe, à prédominance lipomateuse, qui, si elle contenait quelques organes définis os, dents etc, pourrait être regardée comme une inclusion fœtale. C'est l'opinion de M. Lancereaux (1) qui regarde le cas comme un exemple de monstre épignathe.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, au point de vue anatomique et clinique, ces productions diffèrent essentiellement des autres variétés de lipômes, et nous les laisserons désormais complètement de côté (2).

En somme, on peut rencontrer dans la langue à peu près toutes les variétés connues de lipômes, mais, si on exclut les cas exceptionnels ou par trop complexes, on voit qu'il n'en reste guère que deux: le lipôme pur et le lipôme fibreux.

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 343, Bibliogr.

(2) On peut les rapprocher d'entres faits observés par différents auteurs. On lit dans le *Trans. pathol.* de 1870 (Vol. 21, p. 344 une observation de *Howard Barret*, concernant une tumeur trouvée sur un fœtus de sept mois, et qui, s'implantant par un pédicule sur la base du crâne, faisait saillio dans la bouche. Outre du tissu fibreux, elle contenait des éléments cartilagineux et osseux.

Hickman (Id., 1869, Vol. XX, p. 161) a vu une autre variété de tumeur congénitale de la langue ayant amené la suffocation en appliquant l'épiglotte sur le larynx. Elle paraissait constituée par le développement anormal des glandules de la région.

Il y aurait un chapitre intéressant à faire sur ces tumeurs embryonnaires de la cavité buccale, nous ne faisons que signaler ce point dont l'étude tentera peut-être un jour quelque chirurgien.

CHAPITRE IV.

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue clinique, plus encore peut-être qu'au point de vue anatomique, il est nécessaire de se rappeler l'existence possible de ces variétés. Mais les lipômes ont à la langue des caractères communs, et, chemin faisant, nous indiquerons leurs caractères différentiels. Nous laissons complètement de côté, dans cette étude, les observations d'Arnold et de Lambl qui, nous l'avons montré, diffèrent complètement des cas habituels et qui, du reste, n'ont pas grand intérêt au point de vue clinique.

Avant d'entrer dans l'étude des symptômes, nous allons donner une observation complète recueillie dans le service de M. le professeur Gosselin.

Observation VIII. — Lipôme pur de la langue (Communiquée par M. Guelliot, interne des hôpitaux).

Bruneau, zingueur, âgé de 48 ans, a eu une attaque de rhumatisme en 1859, une pleurésie en 1863, et il sort

d'un service à Beaujon où il était entré en octobre 1879, pour une hémiplégie, aujourd'hui incomplètement guérie. Le membre inférieur a recouvré à peu près sa force normale ; mais le bras gauche est très atrophié ; les doigts, la main et l'avant-bras sont dans la demi-flexion, et, dans toutes ces parties, les mouvements sont fort limités.

Bruneau est en outre porteur de deux lésions chirurgicales pour lesquelles il entre à la Charité, service de M. Gosselin, le 13 février 1880 : à la jambe droite un ulcère variqueux, de la largeur d'une pièce de cinq francs, qui en est à sa dix ou douzième récidive, et à la langue, une tumeur sur laquelle il peut nous donner quelques renseignements précis.

C'est à l'âge de 23 ans qu'il s'est aperçu de la présence, à droite de la pointe de la langue, et à l'union du bord et de la face supérieure, d'une sorte de petit bouton qui s'est accru insensiblement sans causer aucune gêne. Cependant, depuis deux ans, la tumeur ayant acquis un certain volume, trouble un peu la phonation, surtout, raconte le malade, quand il est enrhumé du cerveau et ne peut, par conséquent, que respirer difficilement par le nez. Complètement indolore, elle n'a jamais empêché, en quoi que ce soit, la mastication, la déglutition, ni la respiration. Il est facile de voir pourquoi elle est si peu gênante. Quand la langue rentre dans la bouche, elle se replie en se réfléchissant en arrière, et se loge entre la face supérieure de la langue et la voûte palatine, sans risquer d'être rencontrée par les arcades alvéolaires ; puis, quand on fait tirer la langue, on la voit sortir de la bouche et se relever brusquement, comme si elle était montée sur une tige élastique.

Grosse comme une noix au moins, largement pédiculée, elle siége, comme nous l'avons déjà dit, à la partie antérieure droite du bord de la langue, à deux centimètres en dehors du sillon médian, mais en empiétant sur la face supérieure de l'organe. Elle est assez bien limitée à sa

partie profonde, ne paraît envoyer aucun prolongement entre les muscles et est évidemment située sous la muqueuse qu'elle soulève. Très légèrement lobulée, sa surface est d'un rose pâle avec teinte jaunâtre par places, et, en quelques points, des amas d'épithélium lui donnent une couleur blanche. La muqueuse qui la recouvre est lisse, sans traces de papilles, et paraît très amincie ; en haut, il y a une légère exulcération. Si on la palpe, on reconnaît qu'elle est très-molle, très-fluctuante, et cette fluctuation a ceci de particulier, qu'elle est très facile à percevoir : on n'a pas besoin de la chercher, on la sent au moindre contact. On cherche la transparence, mais elle paraît manquer. Toutes ces explorations ne causent aucune douleur. De plus, nous avons pu nous assurer, par l'application de glace, de corps sapides, etc., que la sensibilité de la douleur, du contact, de la température etc, du goût est abolie en ce point.

Ce malade, qui fume beaucoup la pipe depuis l'âge de dix-huit ou vingt ans, a de très mauvaises dents, du côté droit surtout, elles sont cariées en grande partie depuis son enfance. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

En présence de ces symptômes, à quel diagnostic fallait-il s'arrêter? Il était évident, tout d'abord, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, et, ce qui venait tout naturellement à l'esprit, était l'idée d'un *kyste*, la mollesse toute spéciale de la tumeur, l'absence de transparence, faisant penser à un kyste à parois épaisses. En faveur du *lipôme*, il y avait le siége (face supérieure), l'opacité, la consistance molle, les reflets jaunâtres de la muqueuse. Il est vrai que l'on n'avait pas cette sensation de lobules, fréquente dans ces sortes de tumeurs, et que la fluctuation semblait très nette ; et puis, c'est là une affection tellement rare, qu'elle est effacée, pour ainsi dire, par cette autre, beaucoup plus fréquente dans cette région, le kyste. Persuadé cependant que nous étions de l'existence d'une tumeur graisseuse, nous essayâmes d'un moyen de diagnostic imaginé par

Hénocque. Nous mîmes de la glace sur la tumeur, pensant que, si elle était graisseuse, le froid amènerait une demi-congélation de son tissu. Mais c'est à peine si la consistance fut un peu augmentée, et seulement dans les parties superficielles.

En tout cas, l'indication était facile à remplir : il fallait débarrasser le malade d'un néoplasme qui commençait à le gêner et qui ne pouvait que s'accroître par la suite. Mais l'opération fut retardée par une complication étrangère à la tumeur.

Le 15, Bruneau fut pris d'un érysipèle bénin de la face, n'occupant que la moitié gauche (côté paralysé). Les seuls symptômes, outre la cutite, était un peu de céphalalgie, une température oscillant autour de 37°, sans grands frissons ni vomissements, lorsque, deux jours après, le 17, le malade fut pris dans la nuit d'une fièvre intense (matin P. 120, T. 40° 8), et, le matin, on s'aperçut qu'autour de l'ulcère de la jambe s'était développé un érysipèle assez étendu, tandis que celui de la face s'atténuait ; le second ne dura lui-même que quelques jours (1).

Notre malade étant guéri complétement de ses érysipèles, on procéda, le 25 février, à l'ablation de la tumeur. M. Gosselin traversa le pédicule, d'abord de haut en bas, puis de bas en haut, avec une aiguille armée d'un double fil élastique, et, coupant l'une des anses médianes, enserra ce pédicule dans une triple ligature, tandis que la langue

---

(1) Par une coincidence bizarre, il y avait en même temps, dans une salle voisine, un malade de 69 ans, entré pour un abcès phlegmoneux de la bourse ante-rotulienne, causé par une chute faite un mois auparavant sur le genou, et incisé le 20 janvier. Or, ce malade prit aussi, le 14 février, un erysipèle qui envahit toute la face, et, deux jours plus tard, la plaie du genou était le point de départ d'un autre erysipèle qui évoluait pendant que celui de la face diminuait et desquamait. Ces deux cas, ajoutés à un autre observé en médecine, firent le fond d'une clinique de M. Raynaud sur l'*erysipèle multiple* (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1880).

était attirée et maintenue au dehors par un fil passé dans son épaisseur. Puis, avec des ciseaux, on excisa immédiatement au-dessus de la ligature, et, dès lors, il fut évident que l'on avait affaire à un lipôme.

La tumeur enlevée (1) a de 35 à 40 millimètres de diamètre ; elle est formée d'une masse jaunâtre, lobulée, molle, avec quelques rares vaisseaux extrêmement fins. La muqueuse qui l'entoure est très amincie et n'a plus que quelques dixièmes de millimètres d'épaisseur ; quand on la sépare de la masse graisseuse sous-jacente, on voit qu'elle est transparente par places ; cette séparation se fait avec la plus grande facilité, et on ne rompt que quelques adhérences celluleuses lâches. On eût pu, par conséquent, énucléer la tumeur ; mais, après l'ablation il serait resté un sac formé par une muqueuse amincie, ayant perdu une partie de sa vitalité et qu'on eut été obligé probablement d'exciser en partie.

L'*examen microscopique* montre que la tumeur est constituée par des cellules graisseuses volumineuses, pressées les unes contre les autres, et formant des lobules séparés seulement par de très minces cloisons de tissu conjonctif : c'est donc un exemple de *lipôme pur*. C'est à peine si on aperçoit deux ou trois petits vaisseaux parcourant ces travées. La muqueuse a à peu près sa structure normale, mais elle est très amincie ; les vaisseaux, très fins, y forment un réseau à larges mailles ; les nerfs n'ont pu être étudiés. Les papilles ont complètement disparu dans une grande partie de la muqueuse ; on n'en rencontre quelques-unes, atrophiées, que vers la base du lipôme. Enfin, à la face profonde de cette membrane on aperçoit en quelques points des fibres musculaires striées, dissociées par la graisse.

Les suites de l'opération furent assez simples. Les liga-

(1) La pièce accompagnée d'un dessin, est déposée au Musée Dupuytren.

tures tombèrent le 3 mars, c'est-à-dire au bout de sept jours ; il restait un peu de tissu adipeux qui retarda la cicatrisatien de la plaie. Cautérisations au nitrate d'argent.

Lorsque le malade partit pour Vincennes, le 23 mars, la plaie n'était pas encore complètement fermée ; il réstait une solution de continuité superficielle, de quelques millimètres de diamètre, reposant sur une base un peu dure.

Nous revoyons Bruneau le 17 avril. La cicatrisation est complète depuis quelque temps déjà.

Nous allons maintenant essayer, en comparant cette observation à celles, peu nombreuses, que nous avons trouvées dans les auteurs, de donner un tableau des symptômes propres à cette variété de tumeurs de la langue.

DÉBUTS. — SYMPTOMES PHYSIQUES.

Le malade ne peut le plus souvent préciser qu'imparfaitement l'époque du *début* de la lésion. C'est qu'il s'agit, en effet, d'une période quelquefois fort longue : c'est que, d'autre part, le lipôme ne donnant lieu d'abord à aucune gêne fonctionnelle, ce n'est que quand il a déjà un certain volume, qu'il est sous-muqueux, que le malade s'aperçoit de ce petit bouton proéminant vers la pointe de la langue. Nous avons insisté, à propos de l'anatomie pathologique, sur le *siège* et le *volume* de ces tumeurs. Nous rappellerons

seulement ici que, se montrant surtout au voisinage de la pointe de la langue et proéminant sur sa face supérieure, elles sont sessiles si elles sont peu volumineuses, pédiculées plus ou moins complètement si elles ont pu se développer davantage.

Lisses ou incomplètement lobulées, elles sont recouvertes par une muqueuse amincie, où les papilles ont à peu près complètement disparu, surtout si la tumeur est volumineuse. Dans certains cas on a noté une hypertrophie de ces papilles à la base. Quelques vaisseaux, ordinairement fins, pénètrent par le pédicule. Dans l'observation de Follin, ces vaisseaux étaient beaucoup plus développés et les grosses veines que contenait le pédicule engagèrent ce chirurgien à se servir pour son extirpation de l'anse galvanocaustique.

La muqueuse peut laisser voir par transparence la *couleur jaune* du tissu sous-jacent. C'est là, quand il existe, un signe qui a une grande valeur : Dolbeau, y comptait beaucoup pour le diagnostic de ses grenouillettes graisseuses, et Bastien le signale en y insistant. Nous le trouvons noté explicitement dans quatre observations, et, dans le cas complexe de Bastien, la teinte jaune n'existait qu'en arrière, là, où plus tard l'examen de la pièce a montré l'existence du tissu adipeux. Ce signe s'explique facilement par l'extrême amincissement que peut avoir la muqueuse ;

on aura donc d'autant plus de chance de le rencontrer que la production aura atteint un plus grand volume.

Pour ce qui précède, on voit que la muqueuse a sur la tumeur des caractères absolument différentes de ceux qu'elle présente sur le reste de la langue : ici une membrane épaisse, d'un rouge grisâtre, couverte d'éminences et de dépressions, là, au contraire, un tégument mince, demi-transparent, à teinte jaunâtre et le plus souvent lisse.

La palpation donne des résultats différents selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre variété de lipôme.

La première, le lipôme franc, peut, au point de vue clinique, s'appeller le *lipôme mou*. La consistance, en effet, est extrêmement molle ; le doigt s'enfonce facilement quand on appuie à sa surface, et on a la sensation d'une *fluctuation* très facile à percevoir, si facile même que cette seule donnée doit déjà faire soupçonner qu'on n'est pas en présence d'une tumeur liquide : c'est là, un point sur lequel nous reviendrons à propos du diagnostic. Nous ferons remarquer que la tumeur est dépressible, malléable, sans garder toutefois l'empreinte du doigt, et que, dans quelques cas, on peut rapprocher ses parois de façon à les mettre à peu près en contact.

Il est d'autres signes physiques que l'on est accoutumé d'attribuer à ces sortes de tumeurs, mais qui

n'ont été que peu ou pas observés à la langue. Cette sensation de lobules, si utile pour le faire diagnostic d'un lipôme du tronc, par exemple, n'est signalée que dans un seul cas : il faut, en effet, que la tumeur, pour présenter ce caractère, ait acquis un certain volume, et c'est le cas de celle de l'Observation II. Enfin, dans aucun cas, nous n'avons vu signalée cette sensation de crépitation toute spéciale qu'on peut percevoir quelquefois sur des tumeurs analogues.

Ordinairement assez mobile sur les parties profondes, le lipôme peut présenter une certaine fixité, quand il envoie un prolongement entre les fibres musculaires.

Dans le lipôme fibreux qui, par opposition au précédent, peut être appelé *lipôme dur*, la tumeur donne beaucoup plus la sensation d'une production solide, et se rapproche à ce titre du fibrôme. Mais, le plus souvent, en quelque point, s'est accumulé le tissu adipeux, de sorte que, à côté des parties grisâtres, élastiques, et denses, on en rencontre d'autres jaunes, molles, dépressibles et parfaitement fluctuantes. Les observations de Follin et de Bastien en sont des exemples.

« Cette tumeur, dit Follin, est jaune, molle, lobulée, ressemblant à un lipôme à droite, tandis qu'elle est grisâtre, un peu dure, à gauche. » Et Bastien : « La

consistance est lipomateuse, comme fluctuante à sa partie centrale, plus élastique, fibreuse en avant, et fibro-cartilagineuse en arrière. »

Enfin, dans le lipôme ossifié, on trouvera des noyaux durs, donnant la sensation de corps calcaires.

Il est un signe négatif, qui a bien sa valeur, je veux parler de l'*opacité*. Une tumeur molle pseudo-fluctuante, non transparente, ne peut être qu'un kyste à parois épaisses ou un lipôme. Mais il faut être prévenu que, quand on che che à percevoir la transparence au moyen du stéthoscope en interposant la tumeur entre l'œil et une lumière, on n'a pas dans ces cas une opacité complète, mais une demi-transparence qui a pu en imposer quelquefois (Worms), et qui, dans des lipômes sublinguaux a pu présenter des reflets jaunâtres : nous ne sachions pas que ce dernier caractère ait été signalé pour les adipômes de la langue. Il est évident que l'opacité peut être complète dans un lipôme fibreux. Quant à cette demi transparence dont nous venons de parler, et qu'on a comparé à ce qui se passe lorsqu'on regarde une sourcs intense de lumière à travers les doigts parallèles et accolés, on peut en chercher la raison, soit dans la minceur extrême de la muqueuse et la fluidité de la graisse, soit dans la difficulté d'intercepter tous les rayons lumineux rasant les bords de la tumeur.

Symptômes fonctionnels.

Affection essentiellement bénigne, le lipôme n'a aucun retentissement sur l'organisme, il appartient à cette classe de néoplasmes qui ne causent quelques troubles fonctionnels que quand par leur volume ils apportent des entraves aux fonctions de l'organe envahi.

Il n'y a ni engorgement ganglionnaire, ni douleur. Il était intéressant de chercher ce que devenait la sensibilité générale et spéciale au niveau de la muqueuse distendue : c'est un point non étudié par les auteurs, et que M. Guelliot a recherché sur son malade. Chez celui-ci, toute sensibilité était abolie. Il ne sentait pas un corps dur mis en contact avec sa tumeur, l'application de glace ne causait aucune impression de froid, et il ne pouvait distinguer les corps sapides ; donc, abolition de la sensibilité du tact, de la température, et du goût. Ce fait coïncidant avec une atrophie papillaire, s'explique facilement par la distention exagérée et l'amincissement de la muqueuse.

Les troubles de la *phonation* sont peu considérables; un malade ne s'en plaint que quand il a les narines obstruées par un coryza ; un autre parle comme s'il avait des aliments dans la bouche. La *mastication* et la *déglutition* sont également peu en-

travées. Le patient de l'observation V se prenait quelquefois sa tumeur entre les arcades alvéolaires. Mais une production, même volumineuse, peut ne causer aucune gêne, c'est lorsque, comme dans les observations IV et VIII, le lipôme, pourvu d'un pédicule, se replie sur la face supérieure de la langue quand celle-ci rentre dans la bouche. Chez le malade de cette dernière observation, ce mouvement était remarquable, et quand on lui faisait tirer la langue, on voyait la tumeur se redresser brusquement comme si cela eût été monté sur une tige élastique.

Quoique les symptômes fonctionnels soient à peu près nuls dans la plupart des cas, la présence d'une production de ce genre, siégeant à la base de la langue a pu, dans un fait rapporté par Iversen, être considérée comme la cause occasionnelle de troubles psychiques s'accompagnant du refus des aliments, la santé étant redevenue parfaite après l'ablation du néoplasme. Nous reproduisons ici la courte analyse qu'en donne la Canstatt's (1); mais sous toutes réserves, n'ayant pu nous reporter à l'observation originale.

Observation IX. — Lipôme de la base de la langue. — Hypochondrie (Iversen) (2).

(1) 1870, Bd. II, 12.

(2) *Lipôme bay Tungeroden Los en Sitofob Hosp. Tiende*, 13 de pag. No 44.

C'est un cas de sitophobie chez un mélancolique qui portait en arrière de la racine de la langue une tumeur de la grosseur d'une petite noix, s'insérant par un mince pédicule d'un quart de pouce de long à la partie inférieure de la face antérieure de l'épiglotte, et dans la fosse glosso-épiglottique gauche. Après que cette tumeur, un lipôme, fut enlevée, le malade fut guéri de sa sitophobie et de sa mélancolie.

MARCHE-COMPLICATIONS

Le lipôme évolue lentement, s'accroît progressivement, régulièrement ; nous signalons comme exceptionnel ce gonflement passager survenu dans une des tumeurs que portait le malade de Mason. Cet accroissement, avons-nous dit, est lent. Si, en effet, le malade de Laroyenne ne faisait remonter l'origine de sa maladie qu'à un an, dans les autres observations où la durée est notée, nous trouvons les chiffres de vingt-deux, vingt-cinq (2 fois) et vingt-sept ans.

Comme complications, nous ne ferons que mentionner les *hémorrhagies* que l'on aurait observées dans un cas, mais sur lesquelles on a aucun détail (ob. II). Les lipômes de la langue, dit Maisonneuve, sont susceptibles de s'enflammer et de s'abcéder ; il pense même qu'ils peuvent se transformer en tissu cancéreux. Demarquay, qui admet ces complications (1) ajoute : « les tumeurs peuvent s'ulcérer, ce

(1) *Dictionnaire de Jaccoud,* article : *Langue*, 1875. p. 159.

qui rend le diagnostic embarrassant. » Ce sont là autant d'hypothèses gratuites, basées sur ce qu'on a observé dans d'autres régions, mais qui, pour la langue, ne reposent sur aucun fait. Nous ne disons pas que les complications ne peuvent pas se produire, mais bien qu'elles n'ont pas encore été observées, et par conséquent, il est inutile de nous y arrêter plus longtemps.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

On peut voir, par la lecture des observations, que souvent le diagnostic n'a été fait qu'après l'ablation de la tumeur. Ce diagnostic offre donc quelques difficultés.

« Le diagnostic des tumeurs de la langue, dit M. Duplay, offre souvent de sérieuses difficultés et ne peut être établi que d'après un ensemble de faits reposant sur la connaissance exacte du mode d'apparition de la maladie, de sa marche, des symptômes objectifs et subjectifs qu'elle présente, des circonstances diverses qui l'ont précédée ou qui l'accompagnent et de l'âge du malade » (1).

Ces réflexions sont applicables de tout point au lipôme de cet organe. Nous allons essayer d'enumérer les signes différentiels qui peuvent faire éviter une

---

(1) Follin et Duplay — *Traité élémentaire de pathologie externe* T. VI p. 806.

confusion, soit avec une tumeur maligne, soit avec une tumeur bénigne, solide ou liquide.

Le diagnostic avec les tumeurs malignes nous arrêtera peu : ce n'est pas là, en effet, que se trouve la véritable difficulté. Nous ne voyons guère qu'un épithélioma interstitiel au début qui puisse un peu embarrasser le chirurgien. Mais, outre la consistance plus ferme de la tumeur et son développement beaucoup plus rapide, elle présente des adhérences avec les parties profondes et avec la muqueuse, qui bientôt rougit et s'ulcère. Plus tard, l'aspect particulier de la lésion, les douleurs, l'engorgement ganglionnaire, sont des signes trop évidents pour permettre une erreur de diagnostic.

C'est donc surtout avec la classe nombreuse des tumeurs bénignes que l'on peut confondre un lipôme de la langue.

Remarquons tout d'abord que rarement la confusion est faite avec une tumeur solide, à moins qu'il ne s'agisse d'un lipôme fibreux, et alors il faut avouer que le diagnostic avec un *fibrôme* peut présenter les plus grandes difficultés. Le fibrôme de la langue est une affection fort rare et c'est à peine si on en cite quelques observations (Richard, Notta, Erichsen, Paoley, Waterhouse). Il semble se montrer de préférence chez de jeunes sujets et surtout à la base de l'organe. Il présente une dureté, une élas-

ticité plus uniformes que dans le lipôme fibreux, enfin il a une certaine tendance à l'ulcération, d'où production d'hémorrhagies, tuméfactions ganglionnaires, etc. Du reste, comme dans les deux cas le traitement est le même, une confusion n'entraînerait pas ici de grands inconvénients.

Nous sommes un peu plus à l'aise pour le diagnostic avec les *tumeurs syphilitiques*. Les productions qui appartiennent à la période tertiaire sont souvent multiples et forment des noyaux durs, arrondis, situés plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la langue, qui semble alors *rembourée de noisettes,* selon la comparaison bien connue de Ricord. Mais il peut y avoir une gomme unique et alors, si celle-ci est ramollie, on peut se trouver fort embarrassé. Nous ferons remarquer d'abord que les gommes sont rares à la pointe de la langue, que leur évolution est assez rapide et que, quand elles deviennent superficielles on voit la muqueuse adhérer et rougir. Les signes locaux concomitants (fissures de Clarke, salivation fétide, etc.) et les symptômes d'infection syphilitique permettront un diagnostic qui dans un cas douteux, pourrait être confirmé ou infirmé par l'influence d'un traitement spécifique.

Il est une variété de tumeur linguale peu étudiée jusqu'à ce jour et dont Wagstoffe a rapporté deux cas : ce sont des hypertrophies des papilles de la

langne, de nature bénigne. Ces *papillômes* sont plus consistants et plus irréguliers que les lipômes et ils siègent à la base de la langue, au niveau des papilles caliciformes (1).

Dans un cas rapporté par M. Billroth (2), une tumeur enlevée par Langenbeck et qui, située à la partie postérieure de la langue, avait une consistance élastique, était formée par un réseau de tissu cellulaire lâche, avec des fibres élastiques et *beaucoup de cellules graisseuses*; elle contenait en outre des glandes en grappe et sa structure ressemblait beaucoup à celle de la muqueuse lingale. Billroth en fait un hyperthrophie des *papillæ circumvallatæ* (papilles caliciformes). Ce cas peut être considéré comme un exemple de tumeur complexe : papillôme, adénôme et lipôme. Il semble que, dans cette région, les types néoplasiques purs soient l'exception et que la réunion de divers éléments dans une même tumeur soit la règle.

Nous avons signalé plus haut un cas d'*enchondrome*

(1) Sur ces papillômes, voyez :

Wagstoffe, patholog. Trans. 1875, vol. 26, p. 105 et 107. Dans le second, il s'agit d'une tumeur papillaire avec dilatations vasculaires.

Salter, Guy's Reports, 1866, (2 cas).

Médical Times and Gaz. 1875, t. i, p. 416. Deux observations de Marschal et de Morris.

(2) *Virchow's Archiv. 1856,* Bd. 9, S. 303, u. Taf. I, fig. 9.

avec noyaux lipomateux qui aurait pu donner lieu à une erreur de diagnostic.

Toutes ces tumeurs sont, du reste, si rarement signalées, qu'il est impossible de déduire de la lecture des observations, des caractères différentiels ayant quelque valeur.

Mais c'est surtout avec les différentes tumeurs liquides de la langue que le diagnostic du lipôme mou est difficile. Des deux côtés, tuméfaction à marche lente, évidemment bénigne, fluctuante, pouvant occuper le même siége : voilà, certes, bien des causes de confusion.

Que si on avait affaire à un lipôme profond encore contenu tout entier dans l'epaisseur du tissu musculaire, le diagnostic serait impossible avec un *kyste hydatique* (Bittroth, Molière) ou un *abcès froid* (1). Mais on n'a guère à faire cette distinction, le malade ne venant consulter que lorsque son lipôme est en partie ou en totalité sous-muqueux.

Cherchons donc quels signes, dans les cas ordinaires, pourront conduire à un diagnostic probable.

Il est quelques variétés de tumeurs que nous pouvons éliminer rapidement. Nous avons déjà parlé des *gommes* ramollies à propos des tumeurs syphili-

---

(1) *Fano, Union Médicale,* 1862, t. XVI, p. 347, et *Gosselin. Clinique chirurgicale,* 2e édition, t. II, p. 59.

tiques, nous n'y reviendrons pas. L'*anévrysme* a ses caractères propres de battements, de frémissement. etc.

La *tumeur érectile* est congénitale, succède souvent à un nœvus, est recouverte d'une muqueuse rougeâtre ou violacée; elle est quelquefois pulsatile; mais elle possède un signe pathognomonique, elle est réductible. Dans certains cas, cependant, on pourrait être embarrassé, et penser à un lipôme télangiectasique. Bauchet s'est trouvé en présence d'une difficulté de ce genre (1). Une femme de 30 ans présentait, à droite de la pointe de la langue, une tumeur de la grosseur d'une noix, bleuâtre, rappelant la ceuleur des veines ranines, bosselée, molle, pâteuse, fluctuante, se gonflant dans les efforts et la toux. Ce que cette tumeur, ajoute-t-il, avait de remarquable, c'est qu'elle avait débuté à l'âge de 22 ans, qu'elle était bien limitée, et que, quand on venait à la comprimer, elle disparaissait en partie, mais qu'il restait quelques noyaux rappelant à peu près la consistance molle des lobules du lipôme, non d'un lipôme pur et simple, la couleur de la tumeur, sa forme, sa réductibilité éloignant cette idée, mais d'un lipôme ayant peut-être été le point de départ. l'éclosion du développement de la tumeur érectile. Bauchet s'ap-

---

(1) *Moniteur des Hôpitaux*, 1856.

puie sur la rareté du lipôme de la langue, sur ce que les prétendus lobules sont très distincts, plus circonscrits que dans les tumeurs graisseuses ; pour écarter ce diagnostic et penser qu'il s'agit de petits caillots sanguins développés dans les veinules : ce que confirma l'examen de la pièce. En des circonstances semblables, les mêmes éléments de diagnostic devront guider le chirurgien.

Le *kyste dermoïde* a généralement une coloration rougeâtre et sa consistance diffère de celle du lipôme : si on presse avec le doigt, il reste, en effet, une empreinte comme si on appuyait sur une masse de suif recouverte d'un tissu souple. Les observations sont, du reste, trop rares pour qu'on puisse en tirer d'autres éléments de diagnostic.

Mais les kystes séreux ou muqueux, les *grenouillettes linguales*, comme on les a quelquefois appelés, ont des points de ressemblance plus nombreux avec les tumeurs lipomateuses, et c'est là que gît la difficulté.

Ces kystes contiennent tantôt un liquide clair, transparent, tantôt du mucus ; rarement ils sont congénitaux (P. Dubois). On les voit se développer surtout dans les points où les glandes sont abondantes, c'est-à-dire à la base ou à la partie inférieure de la langue ; c'est au contraire le voisinage de la pointe qui est le siége de prédilection des adipômes. Les

premiers n'offrent jamais cette coloration jaunâtre qui paraît être la règle dans les lipômes francs, et à laquelle nous attachons une grande importance. Ils ne sont pas aussi dépressibles, mais, en revanche, ils sont franchement transparents.

Les deux tumeurs sont fluctuantes ; mais, tandis que dans le lipôme la fluctuation semble évidente, perceptible à la moindre pression, *sautant au doigt*, pour ainsi dire ; dans le kyste, au contraire, elle demande à être cherchée ; la cavité, en effet, est remplie d'un liquide qui la distend, et la tumeur est plus élastique, en un mot, elle est rénitente. Il est évident que, si on avait affaire à un kyste à parois épaisses et à contenu demi-fluide, les signes se rapprocheraient beaucoup de ceux de la tumeur graisseuse. Nous formulerions volontiers cette règle si paradoxale qu'elle parut : *Quand vous êtes en présence d'une tumeur bénigne de la langue, à développement lent, très-facilement fluctuante, soupçonnez une fausse fluctuation, et pensez au lipôme.*

Nous ne croyons guère que le défaut ou l'existence de bosselure puisse être de quelque utilité (Bouisson), car, nous l'avons vu, ce signe, excellent pour les lipômes des autres régions, ne peut guère servir à la langue où il n'a été noté qu'une fois.

On a conseillé, pour éclairer un diagnostic douteux, de refroidir la tumeur, soit avec la glace, soit

par la pulvérisation d'éther. C'est là un moyen qu'on peut toujours employer, mais qui est loin de réussir dans tous les cas de lipômes sous-cutanés où il a été essayé, et, chez le malade de l'observation VIII, il n'a donné que des résultats fort douteux.

Les auteurs disent : Si vous êtes embarrassés, faites une ponction, et votre diagnostic sera facilement établi. Evidemment, c'est là un moyen à la portée des mains les plus novices en fait de diagnostic chirurgical. Cependant, il peut tromper. Un kyste, en effet, pour peu que son contenu soit épais, ou seulement demi-fluide, ne laissera rien échapper par la canule. D'après Broca, on pourrait encore, dans ce cas, arriver à un diagnostic. « S'il s'agit d'un lipôme, écrit-il (1), il y a toujours un peu de sang dans l'intérieur de la canule. S'il s'agit d'un kyste ou d'un abcès, il peut se faire que la canule soit vide, mais elle ne renfermera jamais de sang. » Nous doutons fort que la canule ramène du sang dans un lipôme fort peu vasculaire, comme sont souvent ceux de la langue.

En somme, on voit que les tumeurs qui nous occupent sont quelquefois d'un diagnostic assez difficile. Le siége, le mode de développement, la fausse fluc-

---

(1) *Traité des tumeurs*, II, p. 395.

tuation, la teinte jaunâtre de la muqueuse, voilà, selon nous, les éléments principaux qui peuvent servir à édifier un diagnostic, rendu plus probable encore par l'absence de transparence et confirmé au besoin par la ponction exploratrice.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les lipômes de la langue sont des tumeurs essentiellement bénignes, n'entraînant que peu ou point de troubles fonctionnels, de sorte que la seule indication opératoire est celle-ci : enlever la tumeur quand le malade en est gêné, c'est-à-dire quand il vient réclamer l'opération.

Presque toutes les méthodes d'exérèse ont été employées et toutes ont réussi, de sorte que le chirurgien n'a, pour ainsi dire, que l'embarras du choix. Ce sont, nous semble-t-il, le volume et la forme de la tumeur qui doivent surtout déterminer le procédé à employer.

Nous ne ferons que signaler ici le *broiement sous-cutané* (Bonnet), qui n'est plus guère employé aujourd'hui, et la *cautérisation*, qui dans le cas où on s'en est servi, n'a réussi qu'à amener une hypertrophie papillaire.

Dans deux cas, le mode opératoire n'est pas indiqué. Une fois, on a énucléé après incision longitudinale, il y a eu réunion immédiate (Observation V); l'incision en V, suivie d'énucléation a été faite deux fois (Obs. III et X).

Observation. X — *Lipôme de la langue — Incisions en V, Enucléation* (Bouisson) (1).

Un adolescent de quinze ans portait une tumeur du volume d'une petite noix, occupant l'extrémité de l'organe; elle était mole et indolente; et la muqueuse qui la recouvrait avait une teinte grisâtre. Le diagnostic porté est celui de lipôme. On l'attaque par une incision en V, dont les côtés sont affrontés et réunis par quelques points de suture.

Réunion immédiate, guérisons en quelques jours. L'examen microscopique vient confirmer le diagnostic.

Voici une autre observation où on se servit d'une pince chauffée au rouge.

Observation XI. — *Lipôme de la langue* — (M. Mollière) (2).

Le malade qui fait le sujet de cette observation était un robuste vieillard de 60 ans. Il portait sur le bord gauche de la langue une petite tumeur grosse comme un haricot.

Cette tumeur était molle et d'une coloration jaune que l'on voyait par transparence à travers la muqueuse distendue. Le malade ne pouvait du reste donner aucune espèce de renseignements sur sa marche, sur sa durée, sur son origine. Je crus tout d'abord à un abcès ou à une gomme syphilitique. Mais rien dans les antécédents du malade ne venait à l'appui de cette supposition, et comme, d'autre

(1) *Dictionnaire Encyclopédique*, 2e Série, t. I p. 400.

(2) *Progrès médical*, 1875, p. 3.

part, il était impossible de constater la fluctuation, je m'arrêtai à l'idée d'une tumeur solide, développée probablement dans les glandes. Et, comme la tumeur grossissait, je proposai au malade son ablation à laquelle je procédai de la manière suivante.

Une ouverture fut pratiquée dans une feuille de carton qui fut placée devant la bouche du patient. Il fit passer sa langue à travers cet orifice. Un aide la saisit tandis que je prenais la tumeur avec les pinces à hémorrhoïdes de Guersant, préalablement portées à la température rouge sombre.

Au bout de huit jours, le malade quittait l'hôpital complètement guéri. L'examen histologique de la tumeur démontra que l'on avait eu affaire à un lipôme. De petites tumeurs analogues siégeaient vers la base de l'organe, mais, comme elles ne gênaient en aucune façon les fonctions de mastication et de phonation, je les laissai.

« Tout en insistant, ajoute M. Mollière, sur la rareté extrême des lipômes de la langue dont on ne possède que quelques observations, j'appellerai aussi l'attention sur le procédé que j'ai mis en usage pour enlever cette tumeur. C'est un moyen très expéditif, *peu douloureux*, qui met d'une façon certaine à l'abri des hémorrhagies. J'y ai eu recours d'autres fois, pour enlever de petits cancroïdes de la langue, siégeant vers son extrémité ou sur ses bords, et je crois que cette méthode doit être substituée toutes les fois qu'elle est applicable à l'instrument tranchant, et à l'écrasement linéaire. »

Follin a employé la galvanocaustique pour un li-

pôme vasculaire (Obs. II), enfin, deux fois on a excisé après ligature du pédicule (Obs. IV et VIII).

Pour nous, tous les procédés sont bons, mais peut-être certains d'entre eux ont-ils quelques avantages dans des cas déterminés.

A-t-on affaire à une petite tumeur, peu saillante, il suffira de faire une incision simple ou en V et d'énucléer; en rapprochant ensuite les lèvres de la plaie par quelques points de suture avec un fil d'argent, ou même plus simplement avec des serres-fines, on pourra espérer une réunion par première intention.

Mais, si la tumeur est plus volumineuse, l'énucléation aura pour résultat de laisser une vaste poche, limitée par une muqueuse amincie et inutile, et il est préférable d'enlever en même temps et le néoplasme, et la membrane qui le recouvre. Alors, si, comme chez le patient de Follin, des vaisseaux volumineux pénétraient par le pédicule, on pourrait suivre la conduite de ce chirurgien, et se servir de l'anse galvanocaustique. Mais, comme le plus souvent la tumeur est peu vasculaire, il suffira d'appliquer sur le pédicule une ligature simple, si celui-ci est grêle (Mason) ou, s'il est volumineux, une ligature multiple (Gosselin), et d'exciser au-dessus du fil avec des ciseaux. La ligature élastique est celle qui remplit le mieux l'indication, puisqu'elle serre d'une façon continue et progressive, et s'oppose parfaitement à l'hémorrhagie.

Si, le néoplasme est largement attaché à la langue, on pourra, comme l'a fait M. Gosselin, employer le procédé recommandé par M. Delens pour les tumeurs malignes de cette région. Une aiguille étant armée d'un fil élastique double et un peu fort, on traverse la base de la tumeur, d'abord de haut en bas, puis de bas en haut, en ayant soin de tirer sur celle-ci : de façon à piquer, autant que possible, au-delà de la partie à enlever. Puis, coupant une des anses médianes, et sectionnant les fils au niveau du chas de l'aiguille, on a ainsi trois anses que l'on tend et que l'on lie solidement, en les fixant avec un fil ordinaire, l'une au-dessous et au niveau de la tumeur, les deux autres latéralement. Pour faciliter la manœuvre, il sera bon de fixer la langue attirée en dehors de la bouche, avec une pince à mors larges, ou avec un fil passé dans son épaisseur.

La cicatrisation se fait en général assez rapidement, et le malade se trouve débarrassé d'une tumeur qui le génait, et qui, surtout, le plus souvent, le préoccupait beaucoup. Jusqu'ici on ne signale aucun cas de récidive d'un lipôme de la langue.

CONCLUSIONS

Arrivé à la fin de ce travail, nous pouvons le résumer en quelques lignes : au lecteur à juger si ces conclusions sont légitimes et si les quelques aperçus nouveaux que nous avons émis dans notre thèse sont étayés sur un ensemble suffisant de preuves.

Parmi le groupe des lipômes buccaux, ceux de la région linguale sont les plus nombreux; ils forment deux catégories distinctes : les lipômes sous-linguaux ou grenouillettes graisseuses, et les lipômes de la langue proprements dits.

Ceux-ci se développent le plus souvent dans le jeune âge ou l'âge adulte; les exemples de lipômes congénitaux sont des cas de tumeurs complexes. Tous ont leur origine dans l'épaisseur même de la langue, mais finissent par devenir sous-muqueux, grâce aux contractions réitérées de l'organe.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut distinguer le lipôme pur, et le lipôme composé, qui peut être fibreux, myxomateux, osseux.

Il existe une autre variété, le lipôme dermoïde qui constitue des tumeurs très-complexes, et qui doit être absolument séparé du lipôme ordinaire.

Cliniquement, le lipôme est mou ou dur. Les signes qui permettent un diagnostic sont : la lenteur du développement, le siège à la pointe de la langue, la couleur jaune de la muqueuse, la fausse fluctuation, l'absence de transparence.

D'un pronostic très bénin, il n'a d'autre inconvénients que ceux qui peuvent résulter de son volume. L'incision avec énucléation est le mode opératoire à employer pour les petites tumeurs ; pour celles qui ont un volume plus considérable, il est préférable d'exciser après ligature simple ou élastique.

QUESTIONS

Physique. — De l'attraction en général et de l'attraction terrestre en particulier, sous le point de vue de sa direction; de son intensité et de ses variétés. Déterminer si les corps organisés sont soumis à l'attraction.

Chimie. — Des oxyde de cuivre.

Pharmacie. — Des matières employées en médecine qui doivent leurs propriétés au tannin ; établir une comparaison entre ces substances ; rechercher quelles sont les formes pharmaceutiques les plus favorables à leur emploi.

Histoire Naturelle. — Des caractères des insectes.

Anatomie. — De la structure des villosités intestinales ; des parties du canal digestif qui offrent le plus de villosités et de glandes muqueuses.

Physiologie. — Des fonctions de la moëlle allongée.

Pathologie interne. — Des complications de la scarlatine.

Pathologie externe. — Des abcès et des fistules à l'anus.

Pathologie générale. — Des hémophysies.

Anatomie pathologique. — Du canal de l'urèthre et plus particulièrement des rétrécissements de ce canal.

Accouchements. — De la présentation de la face.

Thérapeutique. — Action des préparations iodées.

Médecine opératoire. — De la taille sus-pubienne.

Médecine légale. — De l'appréciation de la puissance génitale ; de l'impuissance, de la stérilité, etc., etc.

Hygiène. — Des climats.

L. Gosselin

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

Paris — Imprimerie A. Reiff 9, place du Collège de France.